

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 mars 1896, à 1 heure

PAR

FÉLIX BERTRAND

Né à Villefranche (Dordogne), le 27 juin 1864.



ESSAI SUR LA PLEURÉSIE

DANS LA

BLENNORRHAGIE

*Président : M. STRAUS.**Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
TUFFIER, WIDAL, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

188

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 mars 1896, à 1 heure

PAR

FÉLIX BERTRAND

Né à Villefranche (Dordogne), le 27 juin 1864.

—†—

ESSAI SUR LA PLEURÉSIE

DANS LA

BLENNORRHAGIE

Président : M. STRAUS.

Juges : MM. } TILLAUX, professeur.
TUFFIER, WIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.
MM. SAPPEY, PAJOT.
Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILÉAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET.	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON NEVEU ET A MA NIÈCE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR BINOT

A MADAME LELOUP

Souvenir affectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

Chevalier de la Légion d'honneur,
Médecin des hôpitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0094

INTRODUCTION.

Malgré le cadre restreint que des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont imposé, étant donné le peu de documents jusqu'à ce jour publiés sur le sujet que nous voulons traiter, nous rapporterons in extenso les observations publiées dans les revues périodiques.

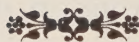
Cette question de la pleurésie blennorrhagique est encore obscure sur bien des points, principalement en ce qui concerne la nature et la pathogénie. Notre travail qui ne sera que le résumé des connaissances actuellement acquises, sera donc avant tout une étude clinique.

A tous ces documents, nous ajouterons une observation inédite, recueillie à l'hôpital Broca, dans le service de M. de Beurmann en 1894.

Avant de commencer cette étude il nous reste à remplir un devoir. Que nos maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris, MM. les professeurs Hanot, Richelot, Blum et Polail-

lon, qui nous ont dirigé dans nos études médicales, veuillent bien agréer ici l'hommage de notre reconnaissance.

M. le Professeur Straus a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous le remercions sincèrement de l'honneur qu'il nous a fait.



HISTORIQUE

Si nous jetons un coup-d'œil sur les complications de la blennorrhagie, nous voyons quelles peuvent porter sur la plupart des appareils et souvent sur les différents organes des appareils. C'est ainsi que les plus fréquentes sont, par infection générale, celles de l'appareil locomoteur (rhumatisme blennorragique) moins fréquentes sont les complications cardio-vasculaires qui ne sont pourtant pas rares, les manifestations rénales et médullaires.

« Pour ma part, écrivait Féréol, en 1867, loin de craindre qu'il y ait à diminuer le nombre des accidents secondaires de la blennorrhagie, je le vois augmenter tous les jours et je ne serais nullement surpris d'y voir admis officiellement avant peu, à côté de lésions contestées aujourd'hui, d'autres manifestations dont il n'est pas encore question. » En effet, le Professeur Fournier y a rattaché des lésions osseuses : périostites et périostoses, etc.

Enfin, si les manifestations blennorrhagiques sur les gâines synoviales sont aujourd'hui cliniquement décrites, il n'existe pas, croyons-nous, d'étude d'ensemble sur les manifestations du côté des grandes séreuses viscérales, sauf le péritoine. La pleurésie blennorrhagique existe pourtant et il en existe aujourd'hui des cas bien nets.

Déjà en 1875, dans sa thèse sur le rhumatisme blennorrhagique, Vidart admettait l'existence d'une pleurésie de même nature, qu'il place à côté des complications cardiaques.

« C'est là, ajoute-t-il, une manifestation rare
« du rhumatisme blennorrhagique, mais il en
« existe déjà un certain nombre de cas qui font
« admettre la pleurésie comme manifestation du
« rhumatisme blennorrhagique.

« Les auteurs qui ont publiés des cas de ce genre sont MM. Lorain, Ricord, G. Sée, Peter, Güntz, Suquet, Tixier. » (A ce propos faisons remarquer que M. Talamon et M. Souplet n'ont pu retrouver les observations attribuées à Ricord et à G. Sée.)

D'autres observations avaient été recueillies lorsqu'en 1892, Souplet, dans sa thèse, pouvait encore écrire :

« Dans l'état actuel de nos connaissances, des questions de cet ordre ne peuvent être que soule-

vées. L'examen clinique est trop insuffisant pour que l'on puisse aller heurter les objections qui ne manqueront pas d'être faites, relativement, par exemple, à la possibilité du rôle des infections secondaires.

L'observation de Chiaiso et Isnardi, où les auteurs nous font savoir que le gonocoque a été trouvé dans la plèvre, tranche nettement la question dans le sens de l'affirmative : Il a été constaté au moins un cas de pleurésie à gonocoques. Dans ce cas comme dans plusieurs autres, en même temps que la pleurésie, il y avait péricardite et ce fait nous démontre que plusieurs séreuses sont fréquemment prises simultanément.

Quelques années auparavant, Ducrey de Naples, et Perrin de Marseille avaient signalé au Congrès de dermatologie chacun une observation de pleurésie au cours d'une blennorrhagie. L'observation de Ducrey en particulier, est suffisamment nette pour qu'on ne doive pas la révoquer en doute.

La méthode de Wertheim permettant de cultiver le gonocoque, et le permettant à peu près seule, a été une découverte précieuse, car en 1889, Giovanini pouvait encore conclure de ses recherches :

« On ne réussit pas, avec les milieux de cul-

ture ordinaire, y compris le sérum du sang de l'homme, à cultiver un micro-parasite qui ait les propriétés pathogènes que l'on attribue au gonococcus. »

Cette méthode de Wertheim a été utilisée plusieurs fois pour la recherche du gonocoque et pour le cultiver à l'aide d'ensemencements par des liquides pris dans les grandes cavités séreuses : Plèvre, péricarde, etc.

Chiaiso et Isnardi ont également pu, par ce procédé, obtenir des cultures de gonocoques en ensemençant du liquide retiré par ponction de la plèvre d'une enfant de dix ans.

En résumé, les noms de Lorain, Tixier, Vidart, Talamon, Baisle, Souplet, Chiaiso et Isnardi, sont ceux des auteurs qui ont signalé les cas les plus nets de pleurésie blennorrhagique, ou qui ont discuté l'existence de cette affection.

PATHOGÉNIE

Les accidents qui surviennent au cours de la blennorrhagie ne sont encore que difficilement explicables (Souplet, Th. Paris). Ce n'est pas, dit cet auteur, que les théories fassent défaut, c'est bien plutôt en raison de l'absence de preuves directes.

Les auteurs ont vu dans les accidents de la blennorrhagie soit l'effet d'une cause unique, soit l'effet de causes successives, soit l'effet de causes surajoutées. Souplet étudie ces trois hypothèses sous les noms de théorie uniciste, théorie des infections secondaires, théorie des infections mixtes. Nous les résumons d'après lui.

Théorie uniciste. Dans les premiers temps qui ont suivi la découverte du gonocoque, on lui a immédiatement appliqué ce qui pouvait être rapporté aux microbes pathogènes, et on a admis par induction que le gonocoque déterminait des foyers successifs d'infection par suite de transport par la voie

sanguine. Ce que l'on connaît du gonocoque n'est pas suffisant pour justifier cette interprétation : ou les faits sont discutables, ou ils sont trop peu nombreux pour permettre de généraliser.

Aussi la tendance actuelle de tous les auteurs qui envisagent le gonocoque comme l'agent spécifique de la blennorrhagie est-elle d'abandonner provisoirement cette opinion émise un peu à la hâte et de lui préférer l'hypothèse de poisons gonococciques.

A priori, dit M. Souplet, il faut reconnaître que de toute parts, dans le domaine de l'infection le rôle des poisons est de plus en plus invoqué. Nous n'aurions, pour en citer un bel exemple, qu'à mentionner les doctrines actuelles sur le poison de la diphthérie, sur celui du tétanos, etc. D'autre part on sait que les accidents imputables aux déterminations éloignées d'un microbe donné sont tout aussi bien imputables aux poisons eux-mêmes de ce microbe. Gamaleïa a, il y a quelques années, généralisé cette évolution en soutenant que les microbes pathogènes ne sont nuisibles que par leurs poisons. D'après M. Souplet, à l'heure actuelle, rien ne s'oppose à ce que cette hypothèse soit appliquée à la blennorrhagie.

Mais la blennorrhagie a été si longtemps considérée comme une maladie locale qu'on s'explique

jusqu'à un certain point l'hésitation instinctive des cliniciens à l'adopter : elle révolutionne les idées classiques ; elle revient mettre en discussion toutes les questions pronostiques résolues en apparence depuis longtemps relativement à l'écoulement blennorrhagique.

« Le principal avantage de cette théorie est de se prêter à la justification d'une foule de faits nouveaux qui rentrent de plus en plus dans le domaine de la blennorrhagie dont les acquisitions sont, comme nous essayerons de le montrer au cours de ce travail, nettement graduelles et progressives. » (Souplet, Th. de Paris).

Mais elle ne s'applique pas à tous, en particulier, pour ce qui est de la pleurésie blennorrhagique, dans un cas le gonocoque a été constaté indubitablement dans l'épanchement ; nous voulons parler du fait relaté par Chiaiso et Isnardi. Dans notre observation inédite, son existence a été pour le moins fortement soupçonnée.

Une deuxième théorie est celle de l'*infection secondaire* énoncée en ces termes par M. le Professeur Guyon : « Les complications diverses de la blennorrhagie uréthrale à gonocoques ne paraissent pas causées par ce microbe, mais semblent relever d'infections secondaires », elle a été préconisée par Gerheim en 1888 ; puis par Legrain,

et hardiment soutenue par Patris de Proë qui l'a résumé ainsi qu'il suit :

« Les complications de la blennorrhagie sont dues non pas au gonocoque de Neisser, mais à d'autres microbes qui l'accompagnent constamment. Le gonocoque est bien l'agent de l'inflammation spécifique de la muqueuse uréthrale, mais non des accidents para-blennorrhagiques, ceux-ci ne lui sont pas dûs, ils sont sous la dépendance de microcoques tout autres. Les complications de la blennorrhagie ne doivent pas être considérées comme le résultat d'une infection générale, mais comme le résultat d'une infection secondaire en entendant par ce terme l'envahissement par un microbe d'un organisme déjà attaqué par un autre microbe ».

Enfin, dérivée de la précédente, une troisième théorie s'est élevée : c'est la théorie de l'infection mixte. Elle a été défendue par Jouis en particulier. D'après cet auteur (Thèse de Paris 1891) il y aurait deux degrés dans l'infection. Un premier gonococcique ; un second sous la dépendance des microbes de la suppuration. Il admet, par exemple, que les arthrites blennorrhagiques peuvent se diviser en deux catégories. Dans un premier degré le gonocoque serait seul en cause, il y aurait arthrite peu intense ; dans un second interviendraient les

microbes de la suppuration et les arthrites seraient graves.

On voit, par ce bref exposé, que les auteurs sont loin d'être d'accord sur la nature des complications à distance de la blennorrhagie. Nous nous contenterons d'en tirer les seules conclusions suivantes, que les travaux faits jusqu'à ce jour nous obligent à considérer comme rigoureusement démontrées.

1° Certaines complications de la blennorrhagie sont dues au gonocoque. En ce qui concerne la pleurésie, ce fait a été démontré, au moins une fois, d'une manière irréfutable.

2° Il n'est pas démontré que toutes les pleurésies qui surviennent au cours de la blennorrhagie soient produites par le gonocoque de Neisser ; mais, jusqu'à plus ample informé, on ne saurait considérer comme démontrées les théories qui attribuent ces accidents pleuraux aux toxines du gonocoque ou aux microbes pathogènes vulgaires.

Lorsque c'est le gonocoque qui produit la pleurésie, comment, et par quelle voie arrive-t-il à la plèvre ? Voilà encore une question qui est loin d'être complètement résolue, d'avoir été tranchée autrement que par des hypothèses plus ou moins ingénieuses.

Wertheim, d'après un fait dans lequel il a cons-

taté l'existence du gonocoque chez une petite fille âgée de huit ans, atteinte de vulvovaginite et d'arthrite suppurée, à l'autopsie, dans la muqueuse vésicale elle-même, dans le tissu sous-muqueux et dans une veine trombosée sous-muqueuse, admet que la généralisation de la blennorrhagie se fait par pénétration du gonocoque dans le système sanguin. Telles sont aussi les conclusions auxquelles arrivent dans leurs mémoires Finger, Ghon et Schlagenhauser: « Il est évident, disent-ils, que les gonocoques sont transportés dans la circulation sanguine isolés ou inclus dans les leucocytes. »

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES

Il faut, écrivait en 1878 M. Talamon, (*Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*), rayer la pleurésie du nombre des manifestations connues du rhumatisme blennorrhagique ; il n'en existe pas jusqu'à présent un seul exemple authentique.

En effet, à l'époque où M. Talamon écrivait ces lignes, deux cas seulement avaient été publiés, l'un par Richet, nous le relatons plus loin, l'autre par Tixier, et que voici :

« Un malade s'était présenté à nous avec une pleurésie du côté droit qui s'accompagna d'un ictère, preuve qu'il s'était fait un retentissement, une fluxion du côté du foie. Il ne présentait, dans ses antécédents, aucun fait de rhumatisme ; par contre, il conservait, depuis déjà longtemps, un écoulement urétral assez abondant. L'épanchement pleurétique fut peu considérable, les phénomènes généraux modérés ; le malade se crut bientôt en état de sortir.

Mais l'écoulement persistait; il y eut une rechute. Ce fait de récidence est assez fréquent, et nous avons eu plusieurs fois déjà l'occasion de le signaler. »

A propos de cette observation, considérée par M. Tixier, comme un cas de pleurésie bien nettement blennorrhagique, M. Talamon déclare que : « A ce compte autant vaut admettre tout de suite que toute maladie, quelle qu'elle soit, qui surviendra dans le cours d'une chaudepisse, est de nature blennorrhagique. »

Aujourd'hui, les documents sont moins rares et d'une valeur plus sérieuse ; aussi pensons-nous qu'il est déjà possible, à l'heure actuelle, d'ébaucher une description clinique de la pleurésie blennorrhagique. Cette description n'aura, sans doute, rien de définitif ; mais elle aura, tout au moins, le mérite d'être la reproduction de nos connaissances actuelles sur ce point de séméiologie.

Dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, la pleurésie complicant la blennorrhagie a présenté la forme séro-fibrineuse quand il y a eu de l'épanchement ; mais, dans plusieurs cas, la pleurésie fut sèche, et les auteurs signalent seulement des frottements.

Dans l'observation I, inédite, c'est vers le sei-

zième jour d'une vaginite blennorrhagique à évolution jusque-là normale que, tout à coup, sans raison appréciable, sans refroidissement ni fatigue, sans que l'examen journalier des organes génitaux ait permis de constater aucune modification dans l'état des organes, sans aucune recrudescence de la maladie, que la malade, tout à coup, est prise d'un point de côté qui, d'abord peu intense, va croissant peu à peu et trouble son sommeil.

Le lendemain, fièvre légère, diminution de la sonorité à la base droite, frottements humides dans cette même région à sonorité diminuée. Affaiblissement du murmure vésiculaire, et diminution des vibrations thoraciques, la matité et les frottements sont les signes qui permettent d'affirmer l'existence d'une inflammation pleurale. Le lendemain, il existe un bruit de souffle pleurétique, et, au bout de quelques jours, de l'égo-phonie. Le diagnostic certain, d'ailleurs, reçoit sa dernière confirmation par la ponction exploratrice qui permet de retirer un liquide séro-fibrineux, citrin.

Peu à peu, les troubles fonctionnels (douleur, dispnée, toux) disparaissent pour ne plus reparaître, et pourtant l'épanchement augmente d'é-

tendue jusqu'au point d'atteindre comme limite supérieure l'épine de l'omoplate.

A partir de ce moment, il commence à diminuer, puis, finalement, disparaît. Quelques frottements secs (bruit de cuir neuf) s'entendent pendant quelques jours et la malade sort guérie. La durée de l'affection pleurale a été de quatre semaines.

Chez cette femme, il n'y a eu aucun signe de tuberculose pulmonaire, et l'examen le plus minutieux n'a révélé aucun antécédent rhumatismal.

Passant sur l'observation de Richet dont la valeur a été révoquée en doute par Talamon, nous arrivons à l'observation III. Ici, M. Perrin (de Marseille) voit survenir, au cours d'une blennorrhagie aiguë, pendant la sixième semaine, une balano-posthite gangréneuse et, après quinze jours, un œdème des membres inférieurs avec tous les signes d'une phlébite de la fémorale altérant profondément l'état général.

Deux mois après le début de la blennorrhagie, se déclare un point de côté violent; l'état général devient mauvais, la température atteint 39°2 et le malade vomit plusieurs fois.

Trois mois après le début, la pleurésie sèche persiste encore, et c'est seulement au quatrième mois que le patient peut se lever. D'après M.

Perrin, il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique.

L'observation IV concerne un cas fort complexe de Mac Donnel étudié principalement au point de vue des complications cardiaques. Les seuls symptômes qui puissent être rattachés à la pleurésie sont la douleur dans les grandes inspirations et l'orthopnée.

L'auteur ajoute : « Il y a évidemment du liquide dans les deux plèvres, car, des deux côtés de la poitrine, il y a de la matité jusqu'aux angles de l'omoplate, de l'absence du bruit respiratoire et, à gauche, de l'égophonie lointaine.

Quand ce malade quitta l'hôpital, il conservait encore une bande de matité aux deux bases.

A l'observation V, nous ne pouvons attacher qu'une importance restreinte car Baisle, qui en est l'auteur, se contente de signaler en passant des frottements pleuraux à la base du poumon gauche et ne donne aucun autre détail sur la pleurésie.

Celle de Ducrey (de Naples) est bien différente des précédentes. Chez un jeune homme atteint de blennorrhagie aiguë, en même temps que de la fièvre, surviennent des manifestations sur les séreuses : d'abord une pleurésie droite, puis une pleurésie gauche, puis une hydarthrose du genou,

une hydarthrose du poignet, et enfin une péritonite séreuse.

Une particularité très remarquable était la fugacité des épanchements ; en quelques heures, ils se produisaient et disparaissaient. Il arrivait très souvent que Ducrey constatait un jour un épanchement abondant et que, le lendemain, nous ne pouvions plus en retrouver de traces.

Nous passons sur l'observation VII pour terminer par l'observation de Souplet où nous voyons simplement signalés de la diminution du bruit respiratoire aux deux bases et des frottements râles surtout à droite ; ces frottements sont passagers et disparaissent en quelques jours.

D'après ce résumé des observations, on voit que la pleurésie ou plutôt les pleurésies qui surviennent au cours de la blennorrhagie ont des allures variées.

Elles peuvent être sèches, caractérisées seulement par de la submatité et des frottements, ou avec épanchement. Le liquide pleurétique est ordinairement peu abondant. Dans aucun cas, on n'a vu la limite supérieure de l'épanchement dépasser l'épine de l'omoplate.

Parfois unilatérale, parfois bilatérale, tantôt accompagnée de troubles fonctionnels assez intenses, tantôt, au contraire, évoluant presque sans

douleur, ni dyspnée, la pleurésie blennorrhagique n'a guère de symptôme qui permette de la distinguer des autres pleurésies.

Tous les faits jusqu'à ce jour décrits se sont terminés par la guérison ; son pronostic n'est donc pas grave.

Les symptômes menaçants qui se sont montrés dans quelques cas, devaient être rattachés non pas à la pleurésie, mais au rhumatisme blennorrhagique, aux complications cardiaques, etc.

DIAGNOSTIC

Souplet dans sa thèse (Paris 1893) après Talamon, 1878, n'attache guère d'importance à la pleurésie blennorrhagique dont il ne considère pas l'existence comme démontrée.

Et, en effet, en se basant sur l'évolution chimique seule de l'affection, il est impossible de dire si l'on a affaire :

1° A une pleurésie vulgaire chez un blennorrhagien.

2° A une pleurésie para blennorrhagique ;

3° A une pleurésie blennorrhagique.

Le seul élément de diagnostic véritablement certain est la constatation du gonocoque dans l'épanchement pleural.

a). L'examen bactériologique permettant de constater dans les cellules (globules blancs ou cellules épithéliales) des diplocoques en grain de café, colorés par le violet de gentiane et décolorés par la méthode de Gram : (Coloration avec violet de gentiane au centième dans de l'eau d'aniline, fixation par la solution, iodo-iodurée de Gram,

décoloration par l'alcool) est le premier examen à faire.

b) Mais il doit être complété par la culture du gonocoque suivant la méthode de Wertheim.

Par ce double moyen le diagnostic de pleurésie à gonocoques pourra être posé, si les résultats sont affirmatifs.

Dans l'observation de Chiaiso et Isnardi, dans l'observation de Mazza ces recherches ont été faites avec succès.

Dans la nôtre des cocci présentant les caractères morphologiques et les réactions histo-chimiques du gonocoque ont été rencontrés ; mais les cultures n'ont donné aucun résultat. La méthode de Wertheim n'avait d'ailleurs pas été employée.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

H. Georgette, entre à l'hôpital Broca, le 27 juillet 1894, son père et sa mère jouissent d'une excellente santé. Elle a perdu une sœur en bas âge de choléra infantile. Il lui reste deux frères, tous deux bien portants. Il n'existe d'après les renseignements qu'elle nous donne aucun antécédent de rhumatisme ou de tuberculose.

Elle-même, douée d'un excellent tempérament, n'a jamais été souffrante avant la maladie qui la décide à entrer à l'hôpital Broca. Réglée à treize ans, d'une manière un peu irrégulière au début, puis sans aucune irrégularité dans la suite.

Elle n'a jamais eu de chancres, d'ulcérations ni de plaques muqueuses aux parties génitales ni dans la bouche. Elle n'a jamais constaté aucune irruption sur sa surface cutanée.

En résumé, elle avait joui d'une excellente santé

jusqu'au jour où, peu de temps après un coït avec une personne qu'elle ne connaissait pas, elle fut prise de douleurs dans la vulve et dans le vagin. Ces douleurs qui rendaient le coït impossible existaient surtout pendant la miction. Elle essaya pendant quelque temps de continuer son travail de cuisinière; puis se vit obligée d'y renoncer. C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

Lors de son entrée, à l'examen des organes génitaux, nous constatons les symptômes suivants

Dans les sillons qui séparent les grandes lèvres de la face interne des cuisses, nous voyons de la rougeur, avec un peu de gonflement et exsudation de pus mélangé de débris épidermiques résultant d'une desquamation active. Autour de ces lésions sur la face cutanée de la grande lèvre, il y a quelques folliculites caractérisées par de petites pustulettes autour de la base des poils entourées elles-mêmes d'une petite aréole inflammatoire, rouge et saillante, à limites diffuses.

Les petites lèvres, sur leurs faces internes et externes sont gonflées, enflammées d'une rougeur vive, et l'épithélium qui les recouvre est par points soulevé par des exsudats séro-purulents, formant des sortes de phlyctènes, mais ne ressemblant nullement aux vésicules de l'herpès.

L'introduction du doigt dans le vagin est dou-

loureuse, mais possible. La muqueuse est chaude donne une sensation de dépoli, paraît gonflée. En ramenant le doigt on constate qu'il est recouvert de pus verdâtre, abondant, identique à celui qui tache en jaune verdâtre la chemise de la malade.

Après un lavage à l'eau boriquée tiède de la vulve et du vestibule du vagin, l'index introduit dans le vagin en comprimant l'urèthre d'arrière en avant, du col de la vessie vers le méat, fait sourdre au niveau de celui-ci une gouttelette de pus blennorrhagique.

L'introduction du spéculum est impossible à cause des violentes douleurs et du vaginisme qu'il provoque. On n'insiste d'ailleurs pas, cet examen n'étant que d'une utilité très accessoire.

En comprimant les conduits excréteurs des glandes de Bartholin, nous ne faisons sourdre aucun liquide; d'ailleurs la macule gonorrhéique n'existe pas. Nous pouvons donc déclarer que la blennorrhagie n'a pas envahi ces glandes.

Dans les deux régions inguinales, nombreux ganglions durs, mobiles, indépendants des uns des autres, roulant sous le doigt, comme ils s'observent en général dans la blennorrhagie.

L'état général est bon. La malade a tous ces viscères indemnes de toute altération, elle se plaint seulement de courbature, de quelques dou-

leurs dans la région lombaire, et, en outre, d'une constipation tenace,. Rien au cœur, rien aux poumons.

Traitement :

Injectons de permanganate de potasse à un pour 6000.

Lavement laxatif.

Le 5 août, sous l'influence de ce traitement, il s'est produit une amélioration considérable. Les injections douloureuses au début sont maintenant parfaitement tolérées, et on peut y ajouter des tampons trempés dans la même solution, et à l'aide d'un spéculum appliqués sur le col de l'utérus.

Le 6 août, sans aucune raison appréciable, sans refroidissement, ni fatigue, sans que l'examen journalier des organes génitaux ait permis de constater aucune modification dans l'état local de ces organes, aucune recrudescence de la blennorrhagie, la malade tout à coup est prise d'un point de côté, qui, d'abord peu intense, va croissant peu à peu et trouble son sommeil.

Le 7 août, en examinant la malade le matin, nous constatons les symptômes suivants :

La température qui n'avait pas été prise depuis l'entrée, mais sur laquelle son indisposition brusque a attiré l'attention est au-dessus de la

normale: 37° 8 hier soir, 38° 2 ce matin. Le pouls, régulier et bien frappé est de 30 pulsations par seconde.

La langue est normale, la gorge ne présente aucune rougeur, l'abdomen est souple; non douloureux, sans ballonnement; pas de constipation, pas de diarrhée, mais l'anorexie est complète et la soif modérée.

En examinant le thorax, nous remarquons que:

Les battements du cœur sont normaux, sauf qu'il existe un bruit de souffle systolique doux et prolongé au niveau de l'orifice pulmonaire. Ce bruit de souffle est vraisemblablement un bruit de souffle anémique.

A la base du poulmon droit, il existe une légère diminution de la sonorité, nettement constatée par comparaison avec la sonorité qui existe du côté gauche. Cette submatité remonte à un travers de main environ au-dessus du niveau normal de la sonorité de ce poulmon droit.

A l'auscultation, nombreux frottements, râles, dans toute cette étendue. Ils s'entendent aux deux temps de la respiration et ne sont pas modifiés par la toux ni par la profondeur des inspirations. Tout à fait à la partie inférieure, le murmure vésiculaire est très affaibli.

A la palpitation, un peu de diminution des vibrations thoraciques, qui, pourtant, sont encore perceptibles, mais beaucoup moins nettes que du côté gauche.

Respirations : 24 par minute.

Toux sèche assez fréquente.

Le malade se couche sur le côté gauche.

Le 8. Température : soir 38°6 matin 37°9.

Résirations : 26 par minute.

Les symptômes généraux, sont à peu près les mêmes, du côté de la plèvre droite, nous notons les modifications suivantes :

La matité est un peu plus étendue qu'hier, six travers de doigt au moins.

Les frottements humides persistent aussi nombreux qu'hier ; pourtant, à la partie inférieure ils sont moins nombreux ; en outre, à ce niveau le murmure respiratoire a complètement disparu et est remplacé par un bruit de souffle aigu, lointain et un peu voilé. Dans les derniers espaces intercostaux droits, les vibrations thoraciques sont complètement abolies.

Le point de côté persiste avec la même intensité, les efforts de toux restent douloureux.

Le 9, les mêmes symptômes d'épanchement pleurétique persistant, une ponction exploratrice est pratiquée vers le 9^e espace intercostal, sur la

face postérieure du tronc, au-dessous de l'angle de l'omoplate.

Avec la seringue de Pravaz stérilisée par l'eau phéniquée chaude à 50/0 pendant 24 heures, on retire un centimètre cube de liquide sérofibrineux.

Avec ce liquide desensemencements sont faits sur bouillon, agar-agar et gélatine. Tous restent négatifs.

Par le repos, il se forme au bas de la seringue, au bout de 24 heures, un léger dépôt, à peine appréciable, qui déposé sur une lamelle, séché, puis fixé à la chaleur est ensuite coloré par le violet de gentiane.

Placée sous le champ du microscope cette préparation montre quelques cellules épithéliales dans lesquelles on constate assez nettement des diplocoques en grain de café qui se regardent par leur face plane.

Ils sont d'ailleurs peu nombreux.

Par la méthode de Gram, coloration au violet de gentiane, suivie de fixation par la liqueur de Gram, et décoloration par l'alcool, ces cocci ont disparu. Ils présentent donc les réactions biochimiques et la morphologie des gonocoques. Pourtant, il faut reconnaître que, comme il n'a été fait qu'une préparation, comme le procédé de

culture de Wertheim n'a pas été employé cet examen n'est pas absolument démonstratif.

Le 12, l'épanchement remonte jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate (matité absolue jusqu'à ce point).

Les frottements n'existent qu'au niveau du bord supérieur de l'épanchement.

Au-dessous, souffle pleurétique net. Agophonie, pectoriloque aphone.

Les vibrations thoraciques ont complètement disparu.

Depuis hier la malade éprouve une violente douleur dans la bourse séreuse qui siège au voisinage de l'insertion inférieure du muscle jambier antérieur. Cette douleur, spontanée, est augmentée par les mouvements et par toute pression à ce niveau. (Pied gauche).

Traitement :

Teinture d'iode et enveloppement ouaté du pied douloureux,

1. Vésicatoire à la base du poumon droit.

L'état des organes génitaux ne s'est guère modifié.

2. L'écoulement purulent du vagin persiste. Il contient des gonocoques en très grand nombre.

Le 20, l'épanchement pleural persiste à peu près avec les mêmes dimensions. Pas de modifi-

cations dans les signes physiques. La respiration est un peu plus facile ; la toux moins douloureuse. Le point de côté est très atténué.

La fièvre a disparu. T. S. 37°6 M. 36°9.

En résumé donc, nous remarquons une disparition complète des symptômes généraux, une diminution considérable des signes fonctionnels, une persistance des signes physiques de l'épanchement.

Le 23, le liquide épanché dans la plèvre paraît en voie de résorption. L'étendue de la matité est un peu diminuée ; mais nous remarquons surtout que la respiration, normale jusqu'à l'épine de l'omoplate, s'entend, quoique affaiblie, jusqu'à l'angle inférieur.

Le 30, le souffle pleurétique n'existe plus ; diminution du murmure vésiculaire, frottements rudes imitant le bruit de cuir neuf.

Le 5 septembre, la guérison de l'épanchement pleural est complète. Cette pleurésie a duré près de quatre semaines. Avant la sortie de la malade nous examinons soigneusement ses sommets, nous l'interrogeons à nouveau sur les antécédents de sa famille et sur les siens personnels, et nous n'y trouvons rien qui puisse faire penser à la tuberculose. Autre part, elle n'est pas rhumatisante, et la douleur qu'elle a éprouvée sur le bord supé-

rieur et interne du pied ne peut être rattachée qu'à la blennorrhagie.

OBSERVATION II

Richet: *Union médicale* mars 1868. Résumée par
M. Talamon: *Revue de Médecine* 1878.

Garçon de 16 ans, entré à l'hôpital avec les symptômes d'une arthrite aiguë de la hanche droite, et des douleurs dans l'épaule gauche. Quatre jours après son entrée on constate un écoulement blennorrhagique abondant. Abscess au-dessus de l'extrémité externe de la clavicule gauche, puis, à travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Ces abscess, d'après Richet, étaient développés dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quelques jours plus tard survinrent les signes d'un épanchement pleural, probablement purulent.

Enfin il fallut faire incision à la partie externe de la hanche. Il s'écoula une grande quantité de pus. La fin de l'observation n'a pas été publiée.

OBSRVATION III

(Perrin de Marseille)

Blennorrhagie aiguë ; balano-posthite gangréneuse : pleurésie diaphragmatique ; arthrite sterno-claviculaire ; phlébite double des membres inférieurs ; guérisons.

La blennorrhagie était aiguë et soignée dès le début par les injections astringentes et l'opiat. Au bout de six semaines ; balano-posthite et frissons. Le fourreau de la verge se gangrène dans l'étendue d'une pièce de un franc. L'état général s'améliore quand, deux mois après le début, survient un point de côté violent ; température 39° 2 ; mauvais état général, vomissements.

Amélioration au bout de quatorze jours, quand survient à la suite d'une adénite inguinale, un œdème des deux membres inférieurs avec tous les signes d'une phlébite de la fémorale. Etat général alarmant.

Trois mois après le début, alors que la pleurésie sèche persiste, arthrite sterno-claviculaire du côté gauche, qui dure peu. Enfin, amélioration progressive et, après quatre mois de maladie, le patient peut se lever.

L'ensemble des phénomènes morbides qui se sont succédés sous nos yeux, présentent donc une certaine analogie avec les infections puerpérales, la pleurésie diaphragmatique a marqué la première étape de l'infection,

OBSERVATION IV

(Observation IV de Mac Donnel empruntée à la thèse de Souplet.)

Blennorrhagie, froids, faibles douleurs articulaires, dyspnée subite et grave, endocardite, PLEURÉSIE. Guérison avec persistance du bruit mitral.

D..., B., employé de commerce, de bonne constitution, de petite taille et bien musclé, a toujours été en bonne santé jusqu'au 8 mai 1890, lorsque, après une longue promenade en voiture, exposé au froid et à l'humidité, il devint tout à fait malade. Quand il descendit de voiture, il remarqua que ses genoux étaient raides et douloureux. Il prit un grog chaud et fut obligé d'aller se coucher immédiatement, se trouvant très mal portant. Il dormit mal à cause de ses sensations de froid et à cause des douleurs qu'il ressentait

dans les genoux. Les douleurs n'étaient pas très fortes et ne disparurent pas par le repos ; en fait, il trouva quelque soulagement en remuant ses jambes. Le matin suivant, quoiqu'il se trouvât fatigué et mal à l'aise, il alla à son bureau, mais au milieu du jour il commença à ressentir de l'oppression dans la poitrine et fut obligé de se reposer cette après midi, sans prendre le lit. Le jour suivant était un samedi. Le matin il retourna à son bureau, fit tout ce dont on le chargeait, alla déjeuner chez lui, et dans l'après midi prit part à l'inspection du corps des volontaires auquel il appartient.

Le cinquième jour, en essayant de s'habiller, il se trouva la respiration courte, et, dans la journée, la dyspnée augmenta rapidement. Il se trouva mieux assis que courbé et ne peut respirer agréablement que debout. Il songea alors à prévenir un médecin, et le Dr Herbert Reddy, appelé, le trouve dans un état grave de dyspnée, ayant quarante respirations par minute. Les pupilles étaient grandement dilatées, et le malade était dans l'anxiété. Le pouls était rapide, mais la température n'était pas très élevée. Il n'y avait pas de signes physiques et les symptômes articulaires avaient, à ce moment, complètement disparu. L'aspect général était celui d'un ma-

lade à la première période d'une pneumonie grave. L'après-midi du jour suivant, quand je le vis en consultation avec le Dr Reddy qui m'avait appelé, le malade était moins anxieux que le jour précédent. Il y avait encore de l'orthopnée, Les respirations étaient de 36 et la température de 37°2. L'aspect d'un malade à la première période de la pneumonie était très remarquable ; mais il n'y avait aucun signe physique dans les poumons. A la base du cœur un double frottement était distinctement perçu s'étendant sur une surface d'environ un demi-pouce de diamètre, ayant son centre à l'union du troisième cartilage costal avec le sternum. Le cœur était rapide, mais régulier et il n'y avait pas d'accroissement de la zone de matité superficielle.

A ce moment il me parla de ses douleurs articulaires et me dit qu'il avait un écoulement blennorrhagique depuis cinq semaines.

Du huitième au dixième jour, la dyspnée s'apaisa graduellement et le frottement ne put pas être perçu.

Le 18 mai, il entre à Montréal général Hospital.

Le 2 juin : il a une très légère dyspnée. Le bruit systolique est plus distinct. Le malade se plaint de l'épigastre.

4 juin : Douleurs à la nuque et aux épaules, gaz abdominaux. T° 37°8.

7 juin : (30^e jour). Température 37°8 et 38°3. Douleur en faisant une grande inspiration. Orthopnée. Aucun signe physique nouveau.

8 juin : (31^e jour). Température du soir 39°. A la percussion, matité à la base du poumon droit; bruits respiratoires, faibles et diminution de la résonnance de la voix. A la base gauche. légère perte de la résonnance. Le mouvement du cœur est maintenant rapide, les bruits sont un peu assourdis. Respiration 24.

9 juin : Aujourd'hui on entend distinctement à la région précordiale, çà et là, un bruit ayant son maximum d'intensité à la jonction du quatrième cartilage costal gauche avec le sternum.

Il y a évidemment du liquide dans les deux plèvres, car des deux côtés de la poitrine. il y a de la matité jusqu'aux angles de l'omoplate. Absence du bruit respiratoire. du côté gauche, sur la zone de matité il y a de l'égophonie lointaine.

10 juin : Température 40° la nuit précédente. Grande agitation et malaise. Les signes physiques n'ont pas changé, si ce n'est que la matité cardiaque s'est accrue du côté droit, dépassant de 1½ pouce le bord droit du sternum.

Il se plaint beaucoup d'éruptions, et la dou-

leur cardiaque et la dyspnée nuisent à son sommeil.

12 juin : La température est tombée.

18 juin : Amélioration générale. Très légère élévation de la température les soirs. Egophonie pas aussi bien marquée. Bruit systolique plein maintenant.

9 juillet : Rentré chez lui, à la campagne, il s'améliora rapidement, surtout après qu'on lui eût permis de se lever. Quand il quitta l'hôpital, la matité cardiaque était normale et bien que l'égo-phonie eût entièrement disparu, il y avait encore une bande de matité aux deux bases. Le bruit systolique présente son ancien caractère étant strictement limité à la pointe. L'écoulement uréthral a progressivement disparu.

OBSERVATION V

Observation VIII de la thèse de Baisle. (Résumée.)

Paul M., bijoutier, 18 ans, entre le 19 mai 1888 à l'hôpital Saint Louis.

Aucune maladie antérieure, blennorrhagie contractée vers le 20 mars. Traitée par le copahu, les injections astringentes et la tisane de bourgeons de sapin ; ensuite pilules de térébenthine. Au

cours de ce traitement le malade a observé qu'il urinait un peu de sang pendant huit jours. L'écoulement a cessé depuis deux ou trois jours, mais les douleurs ont débuté vers le 10 mai par le genou gauche, la marche est devenue impossible et la douleur a bientôt envahi le genou droit.

Traitement: Régime lacté, tisane d'orge, salicylade de soude. Ouate autour des articulations malades.

Le 27 mai: Bruit de frottement péricardique.

Le 31 mai: Température 37°5. Le malade a quelque peine à fléchir les genoux. Voussure à la région précordiale. La matité du cœur est augmentée; bruit du frottement péricardique. Quelques frottements à la base du poumon gauche.

Guérison complète à la fin de juin. (Pas d'autres détails sur la pleurésie).

OBSERVATION VI

(Ducrey de Naples. Congrès de Dermatol. 1889).

Jeune homme atteint de blennorrhagie aiguë. Au bout de quelques jours, fièvre légère, puis, successivement manifestations sur les séreuses; d'abord une pleurésie droite, puis une pleurésie gauche, puis une hydarthrose du genou, une hy-

darthrose du poignet et enfin une péritonite séreuse. Une particularité très remarquable était la fugacité des épanchements séreux; en quelques heures ils se produisaient et disparaissaient; il arrivait très souvent que nous constations un jour un abondant épanchement pleural et que le lendemain nous ne pouvions plus en retrouver de traces.

OBSERVATION VII (Résumée).

(Mazza: *Gazette médicale* de Turin 1894).

Chez une petite fille de dix ans, atteinte de vulvo-vaginite suite de viol, apparut un rhumatisme blennorrhagique et un épanchement pleural qui ponctionné se montra contenir le gonocoque. Le microbe qui fut trouvé par Mazza répondait en effet à tous les caractères biologiques connus de celui-ci: Siège à l'intérieur des leucocytes et des cellules endothéliales, forme typique, décoloration par le Gram, cultures par la seule méthode de Wertheim.

(In Bourger d'Argis, Ed. Paris 1895).

OBSERVATION VIII

Souplet: Thèse de Paris 1893.

Le nommé Borow, fourreur, âgé de 29 ans entre le 9 mai 1891, salle n° 6, lit n° 13, à l'hôpital du Midi dans le service de M. Balzer. Il vient pour une orchite gauche datant de six jours, survenue au cours d'une blennorrhagie qui a commencé il y a 23 jours. La blennorrhagie est ordinaire, l'orchite d'intensité moyenne. Nous constatons en outre un début d'orchite droite. Le malade, jusqu'ici, n'a pas fait de traitement et n'a pas pris d'injections. Repos au lit, stypage, bicarbonate de soude, salol.

Rien dans les urines. Robuste, quoique maigre, il n'a jamais été malade. Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires.

13 mai. — Cet état persiste toujours, et rien, jusqu'ici, n'a pu l'expliquer; cependant aucune amélioration ne s'est produite. Les douleurs diaphragmatiques sont plus vives.

Un peu d'agitation; le malade dort mal. L'état fébrile s'accuse plutôt: température 38° ce matin. Le pouls est plein, accéléré. Enfin l'on constate des frottements péricardiques intenses.

Les jours suivants les frottements sont toujours intenses; on les perçoit mieux encore quand le malade est assis. Ils présentent, d'un jour à l'autre, des variations d'intensité et de timbre.

Pas d'augmentation sensible de la zone de matité cardiaque. Teinture d'iode, ventouses scarifiées. En même temps diminution du bruit respiratoire aux deux bases, et frottements-râles surtout à droite.

L'état général est resté troublé; insomnie, agitation; le malade parle à chaque instant de se lever; oppression assez vive. La température monte au soir jusqu'à 39°8.

29 mai. — Les frottements ont, pour ainsi dire disparu. La respiration s'améliore. Plus de fièvre. L'amélioration dans l'état du malade est très grande.

5 juin. — Guérison, rien au cœur, rien aux poumons.

Les deux épидidymites sont terminées: on ne constate que de l'induration, et encore peu volumineuse.

Il est à noter qu'en dehors des faits signalés, le malade n'a rien présenté. Il n'y a jamais eu de cystite, jamais d'albuminurie. Enfin nous n'avons jamais rien constaté de rhumatismal.

CONCLUSIONS

Au cours de la blennorrhagie, chez l'homme, la femme et l'enfant, outre les complications articulaires, cardio-vasculaires, méningo-médullaires, etc., il peut survenir des pleurésies.

Ces pleurésies peuvent s'accompagner d'épanchement. Celui-ci, dans les observations connues jusqu'à ce jour est resté petit ou de moyen volume. Jamais il n'a dépassé l'épine de l'omoplate.

Lorsque la pleurésie est sèche, sa durée est en général brève, et c'est en passant, sans y insister, que les auteurs l'ont en général signalée dans leurs observations.

Sèche ou avec épanchement la pleurésie qui survient au cours de la blennorrhagie a une durée brève, une évolution rapide et se termine toujours par la guérison.

Dans les cas où des symptômes alarmants ont accompagné la pleurésie, ils étaient dûs non pas à l'inflammation pleurale, mais aux autres lésions concomitantes (rhumatisme blennorrha-

gique) complications cardiaques (endo, péri, myo-cardite).

L'existence de la pleurésie gonococcienne longtemps révoquée en doute est aujourd'hui démontrée par ce fait que le gonocoque a été trouvé dans l'épanchement (Chaiso et Ismardi et observation personnelle).

Mazza, non seulement l'a vu sous le champ du microscope ; mais par ensemencements, il a obtenu des cultures pures de gonocoques avec le liquide pleural.

Cette constatation de l'agent pathogène est le seul moyen de diagnostic différentiel véritablement certain entre :

La pleurésie gonococcienne d'une part et, d'autre part :

1° Les pleurésies parablennorrhagiques et par suite de la blennorrhagie qui crée une porte d'entrée aux microbes pathogènes banals, on prédispose l'organisme aux infections par l'affaiblissement général de l'organisme.

2° Les pleurésies banales, qui elles mêmes ne peuvent être différenciées que par l'examen bactériologique de l'exsudat, comme MM. Fernet et Papillon l'ont démontré récemment à la Société Médicale des hôpitaux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- THAYER et BLUMER. — Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, novembre 1895.
- BOURGER D'ARGIS. — Thèse de Paris, 1895. (La péricardite blennorrhagique.)
- HEWES. — The Boston Medical and Surgical Journal, 1854, tome 2, page 515.
- CHIAISO et ISNARDI. — Gaz. méd. di Torino, 1894.
- SOUPLET. — La blennorrhagie maladie générale, Thèse de Paris, 1893.
- MAC DONNELL. — The American Journal of Medical Sciences, 1891 (Endocardite blennorrhagique).
- GLUZINSKI. — Przegląd Lekarski, 1889.
- PERRIN. — Compte-rendu du congrès de Dermatologie de 1889 in Annales de Dermatologie, 1890.
- DUCREY. — Ibidem.
- BAISLE. — Thèse de Paris, 1888.
- LAPERSONNE. — Thèse d'agrégation, 1886.

PATRIS DE BROE. — Thèse de Paris, 1889. (La pathogénie des complications de la blennorrhagie.)

GERHEIM. — Verhandlungen der physisch-médiz. Gesellschaft zu Wurzburg, XXI.

MOREL. — Thèse de Paris, 1878. (L'endocardite blennorrhagique.)

LACASSAGNE. — Archives générales de médecine, 1872.

TIXIER. — Thèse de Paris, 1856.

HERVIEUX. — Gazette Médicale de Paris, 1858.

RICHET. — Union médicale, mars 1868. (Observation résumée par M. Talamon.)

DICTIONNAIRE DE DECHAMBRE. — Article blennorrhagie.

DICTIONNAIRE DE JACCOUD. — Article blennorrhagie.

THIBIERGE. — Blennorrhagie. (Nouveau traité de Médecine.)

BRANDÈS. — Archives générales de Médecine, septembre 1854.



Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
STRAUS

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

